



HIV-006 - VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS AL DESARROLLO DE TUMORES NO DEFINITORIOS DE SIDA EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH

V. Morell Massó, T. Bonet Luz, A. Goitia Leizaola, M. Ribelles Férez, S. Gómez de la Tassa, M. Montero Alonso, M. Tacias Pitarch e I. Castro Hernández

Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Resumen

Objetivos: Los eventos no SIDA son las principales causas de morbimortalidad en pacientes VIH actualmente. Entre estas patologías las neoplasias son una de las primeras causas de muerte, siendo las más relevantes: hepatocarcinoma (CHC), cáncer de pulmón (CP), linfoma de Hodgkin (LH) y carcinoma anal (CA). El objetivo es analizar las características epidemiológicas, clínicas e inmunoviroológicas de pacientes VIH que desarrollan tumores no definitorios de SIDA (TNDS) en seguimiento por la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) de un hospital terciario.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se recogen y analizan datos de pacientes VIH en seguimiento en la UEI de un hospital terciario, diagnosticados de CP, CA, CHC y LH entre 1/1/1985 y 31/12/2016. Análisis estadístico realizado mediante el programa SPSS (versión 22).

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, 68 hombres (81,6%) y 11 mujeres (13,9%). Se registraron 83 neoplasias (4 pacientes desarrollaron dos neoplasias) distribuidas en: 37 (44,6%) CP, 24 (28,9%) CHC, 13 (15,7%) LH y 9 (10,8%) CA. El 48,1% de pacientes (38) cumplía criterios de SIDA. La edad media al diagnóstico de VIH fue $33,8 \pm 11,97$ años y de $47 \pm 9,4$ al diagnóstico de la neoplasia. La media de años transcurridos desde el diagnóstico de VIH hasta el de la neoplasia fue 13,3 años $\pm 9,1$, siendo el CA la neoplasia con mayor latencia ($22,7 \pm 14,7$) y LH la de menos ($9,7 \pm 8,7$). La distribución por rangos de valor del cociente CD4/CD8 al diagnóstico de la neoplasia fue: $< 0,5$ en 31 pacientes (39,2%), $0,5-1$ en 12 (15,2%) y > 1 en 6 (7,6%). Al estadiaje en el diagnóstico se observó que 8 (61,5%) LH y 5 (55,6%) CA se encontraban avanzados y 15 (40,5%) CP presentaban metástasis, mientras que 13 (54,2%) CHC se diagnosticaron en estadios precoces. En cuanto a la evolución clínica el CA presentó el mayor porcentaje de curaciones (5 pacientes, 55,6%) mientras que el CP fue la neoplasia más agresiva con 24 (64,9%) fallecimientos.

Discusión: En nuestra serie destaca la predominancia del sexo masculino. En lo referente a las características clínico-epidemiológicas, los datos son concordantes con otros trabajos en cuanto a la relación del desarrollo de TNDS con una mayor expectativa de vida. El CP es la neoplasia más frecuente en nuestra muestra al igual que en otras series. Que el CHC sea el segundo en frecuencia probablemente guarde relación con la alta incidencia de coinfección por VHC y VHB. En cuanto al estado inmunológico al diagnóstico de la neoplasia, los datos son consistentes con otras series que

correlacionan menores recuentos de CD4 con mayor incidencia de TNDS. Al igual que en otros estudios se observa un comportamiento más agresivo de las neoplasias. En nuestra muestra más de la mitad de casos de LH, CA y CP se encontraban en estadios avanzados o metastásicos al diagnóstico, siendo el CP el más agresivo con mayor número de casos que debutaban con metástasis (40,5%).

Conclusiones: Los TNDS son una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes VIH y el aumento de su incidencia se relaciona con la mayor expectativa de vida. El CP es la neoplasia más frecuente. El cociente $CD4/CD8 < 1$ en la mayoría de pacientes es concordante con los datos que señalan la inmunodepresión como favorecedora del desarrollo de TNDS. El comportamiento clínico de los TNDS es más agresivo en comparación con las neoplasias que desarrollan pacientes no infectados por VIH.